UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 70

# LA BUTÉE OSTÉOPLASTIQUE

## DANS LE TRAITEMENT DE

# L'ARTHRITE DE LA HANCHE SUBLUXÉE

## CHEZ L'ADULTE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 mars 1946*

PAR

**Georges-Maurice BOUBÉ**

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine,

**Né à CASABLANCA (Maroc), le 9 février 1920**

| | | |
|---|---|---|
| **Examinateurs de la Thèse** | MM. LOUBAT, professeur ..... | *Président.* |
| | CHARRIER, professeur ..... | *Juges.* |
| | MAGENDIE, agrégé ..... | |
| | POUYANNE, agrégé ..... | |

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 70

# LA BUTÉE OSTÉOPLASTIQUE

## DANS LE TRAITEMENT DE

# L'ARTHRITE DE LA HANCHE SUBLUXÉE

## CHEZ L'ADULTE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 mars 1946*

PAR

**Georges-Maurice BOUBÉ**

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine.

**Né à CASABLANCA (Maroc), le 9 février 1920**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. LOUBAT, professeur ..... *Président.*
CHARRIER, professeur .....
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*
POUYANNE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN** : M. DUPÉRIÉ.

**ASSESSEUR** : M. LABAT.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, ANDÉRODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLE, LEURET, PÉRY.

## PROFESSEURS :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | N. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS |
| id. | DUPÉRIÉ. | Médecine expérimentale | N. |
| Clinique chirurg. et gynécol. | N. | Clinique ophtalmologique | BEAUVIEUX. |
| Clinique chirurgicale | PAPIN. | Clinique chirurg. inf. et orthop. | LOUBAT. |
| Clinique d'accouchements | RIVIÈRE. | Clin. des maladies infectieuses | DAMADE. |
| Anatomie pathol. et microsc. clin. | DE GRAILLY. | Chimie biologique et médicale | MACHEBOEUF. |
| Anatomie | VILLEMIN. | Physique méd. et pharmaceutique | N. |
| Anatomie générale et histologie. | G. DUBREUIL. | Méd. col. et clin. mal. exotiques. | BONNIN. |
| Hygiène | N... | Clin. malad. cutanées et syphilit. | JOULIA. |
| Médecine légale et déontologie | DERVILLÉE. | Clin. des mal. des voies urinaires. | DARGET. |
| Electroradiol. et clin. d'él. médic. | RÉCHOU. | Clin. mal. nerveuses et mentales. | DELMAS-MARSALET. |
| Chimie | CHELLE. | Clin. d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Toxicologie et hygiène appliquée. | LABAT. |
| Pharmacie | VITTE | Hydrologie thérap. et climatol. | CREYX. |
| Physiologie | FABRE. | Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ. |
| Clin. méd. des mal. des enfants. | FONTAN. | | |

PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie | DUFOUR. | Chirurgie générale | POUYANNE. |
| Physiologie | N. | Obstétrique | N. |
| Médecine générale | PIÉCHAUD. | id. | MAHON. |
| id. | N. | Ophtalmologie | N. |
| id. | N. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id. | BROUSTET. | Dermatologie et syphiligraphie | N... |
| id. | N. | Physique médicale | N... |
| id. | SARIC. | Chimie gén. pharm. et toxicol. | CASTAGNOU. |
| id. | DUBARRY. | Histoire natur. pharmaceutique | GIRARD. |
| Chirurgie générale | N. | Pharmacie | MESNARD. |
| id. | MASSÉ. | id. | N. |
| id. | N. | Histoire natur. méd. et parasitol. | R. MANDOUL. |
| id. | MAGENDIE. | | |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Médecine opératoire | MASSÉ. | Cryptogamie | GIRARD. |
| Accouchements | MAHON. | Pharmacie galénique | MESNARD. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Bactériologie | MOUREAU. |
| Zoologie et parasitologie | R. MANDOUL. | Physiologie | Mlle ROUGIER. |
| Législation pharmaceutique | POPLAWSKI. | Chimie biologique | TAYEAU. |
| Ophtalmologie | N. | Parasitologie et biologie appliqu. | PAUTRIZEL. |
| Anatomie | J. BEAUVIEUX | Pathologie chirurgicale | J. VILLAR. |
| Chimie minérale | CASTAGNOU. | Pathologie chirurgicale | J. CHAVANNAZ. |
| Botanique | GIRARD. | | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : ROUGERIE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

En témoignage de profonde affection.

---

A MA SŒUR

---

A MA FIANCEE

---

A LA MAFF

---

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe GALIACY

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,*
*Commandeur de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre.*

---

A Monsieur le Médecin en chef de 2e classe BOURRET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Commandeur du Nichan-Iftikhar,*
*Officier du Ouissan-Allaouit.*

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE

---

A Monsieur le Professeur agrégé POUYANNE

*Chirurgien des Hôpitaux.*

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils; qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

## A NOTRE PRESIDENT DE THESE

### Monsieur le Professeur E. LOUBAT

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie,*
*Chirurgien des Hôpitaux,*
*Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,*
*Officier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

# LA BUTÉE OSTÉOPLASTIQUE

## DANS LE TRAITEMENT DE

# L'ARTHRITE DE LA HANCHE SUBLUXÉE

## CHEZ L'ADULTE

---

### INTRODUCTION

---

Le traitement orthopédique chez le tout jeune enfant, la butée ostéoplastique chez l'enfant plus âgé ou l'adolescent, dont la hanche est encore souple, ont des indications à peu près admises par tous les auteurs dans le traitement de la subluxation congénitale de la hanche.

Il n'en va pas de même lorsqu'il faut traiter un malade adulte parvenu au stade de l'arthrite.

S'il est sujet controversé, c'est bien celui du traitement applicable à cette arthrite sèche chronique vers laquelle évolue, presque fatalement, toute hanche subluxée qui n'a pas été traitée. Les auteurs et les méthodes s'affrontent. La diversité des opinions, la multiplicité des thérapeutiques proposées, démontrent qu'actuellement nous n'avons pas encore trouvé l'intervention idéale qui, à coup sûr, soulagera ces douloureux de la hanche. Et cet échec relatif s'explique par l'ignorance dans laquelle nous sommes de la pathogénie de cette affection. Aucune des méthodes proposées ne semble avoir d'effet absolument spécifique sur la cause provocatrice de cette maladie. Le problème reste avant tout un problème pathogénique. Et comme il n'est pas encore résolu, l'orien-

lation générale de la thérapeutique se fait naturellement vers un traitement symptomatique, en particulier dirigé vers le symptôme majeur de l'arthrite, en tout cas celui que les malades nous demanderont avant tout de faire disparaître, la douleur.

Le récent ouvrage de MM. Tavernier et Godinot sur le traitement chirurgical de l'arthrite chronique de la hanche nous a montré que la butée ostéoplastique était délibérément rejetée par ces auteurs, même dans le cas d'arthrite secondaire à une subluxation congénitale.

D'après nos lectures, tant de prévention à l'égard de cette méthode thérapeutique nous a semblé un peu exagérée.

Nous n'avons qu'une fort minime expérience du sujet. Cependant cette intervention est suffisamment satisfaisante pour l'esprit pour que nous essayons de la justifier par une rapide vue d'ensemble sur la question de l'arthrite de la hanche subluxée et la discussion de quelques observations. Nous chercherons ensuite à préciser les avantages, les indications de cette méthode et la place qui revient à la butée ostéoplastique dans la gamme des thérapeutiques chirurgicales opposées à l'arthrite de la hanche subluxée.

## RAPPEL HISTORIQUE

C'est en 1838 que Cruveilhier décrit le premier la subluxation de la hanche accompagnée d'arthrite chez l'adulte. Il mentionne le peu de profondeur du cotyle, l'aplatissement et les déformations de la tête fémorale.

Avec la radiographie, la subluxation devient une entité morbide bien distincte de la luxation vraie, et dont de nombreux auteurs vont préciser les caractères cliniques, la thérapeutique et les rapports de cette affection avec les autres malformations congénitales de la hanche (Nové-Josserand, Marcel Lance, Stempel, Preiser, Calot, etc.).

Du point de vue traitement, l'arthrite en général a longtemps semblé au-dessus des ressources de la chirurgie, car elle paraissait être l'apanage de sujets âgés incapables de supporter le choc opératoire. Mais la mise en évidence d'arthrite chez le sujet vigoureux et jeune, arthrite dont l'étiologie d'ailleurs est souvent une subluxation, a permis la mise en œuvre du traitement chirurgical.

Déjà, en 1857, H. Foch était le premier à intervenir sur la hanche et opérait une résection de la tête du fémur.

Plus près de nous, de nombreuses techniques vont être employées et avoir, tour à tour, la faveur des chirurgiens.

— L'ostéotomie sous-trochantérienne, dont il a été donné de nombreuses techniques.

— L'arthrodèse, pratiquée par Albee dès 1908, auteur qui, malheureusement, ne nous a pas laissé de rapport sur les résultats éloignés de ses interventions.

— En 1913, Marcel Lance applique au traitement des luxations sa méthode de la butée ostéoplastique. En 1919, il

emploie cette même méthode pour le traitement des subluxations. Dans ses premières interventions, il employait un greffon libre ostéopériosté, prélevé sur le tibia, qu'il coinçait dans une rainure taillée dans le bord supérieur du cotyle et dont il coiffait la tête fémorale subluxée. Ultérieurement, il taillera le greffon dans la paroi de la fosse iliaque externe et le fera basculer sur la tête fémorale. Des modifications de technique, dans le détail desquelles nous n'entrerons pas, ont été apportées par plusieurs chirurgiens (Nové-Josserand, Mathieu, etc.).

— En 1928, divers chirurgiens appliquèrent au traitement de l'arthrite chronique de la hanche le forage du col fémoral que Robertson-Lavalle avait préconisé dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses de cette articulation.

— Enfin, en 1933, le Suédois Camitz a employé, dans l'arthrite de la hanche, la neurotomie obturatrice, traitement purement symptomatique, tendant à supprimer l'innervation sensitive de la hanche et qui, complétée par la section du nerf du carré crural, qui confère la sensibilité à la face postérieure de l'articulation, semble donner beaucoup de satisfaction à certains chirurgiens (Tavernier).

## ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

### 1° Etude clinique.

Nous ne ferons ici qu'un rapide rappel clinique, insistant sur les points qui nous semblent intéressants à des titres divers.

Dans l'étiologie, nous relèverons la fréquence de la maladie subluxante dans certains pays (France, Italie), et dans certaines régions (Bretagne), sa prédilection pour le sexe féminin.

Voyant un sujet au stade de l'arthrite, nous pourrons dans ses antécédents relever un des trois ordres de faits suivants :

— ou bien le sujet a présenté dans son enfance une luxation vraie, qui réduite à cette époque, s'est ultérieurement subluxée;

— ou bien la subluxation a été primitive, et, après être passée par le stade arthralgique, est parvenu au stade d'arthrite;

— ou bien ce sont des phénomènes d'arthrite indiscutable qui amènent le malade à consulter, premier signe de la subluxation qu'objectivera une radiographie, montrant un toit insuffisant, une tête antéversée.

Deux signes cliniques dominent toute la symptomatologie de l'affection :

— la limitation des mouvements, entraînant l'attitude vicieuse du membre inférieur d'une part;

— la douleur, d'autre part.

La limitation des mouvements porte surtout sur l'abduction, l'extension et la rotation interne, donc l'attitude vi-

cieuse sera le plus souvent l'adduction, la flexion et la rotation externe.

Plus intéressante est l'étude de la douleur.

Tout d'abord il est curieux de constater que cette douleur, paradoxalement, n'est pas toujours en rapport avec les lésions anatomiques et fonctionnelles de l'articulation. C'est ainsi que, lorsque les deux hanches sont atteintes à des degrés différents, c'est le côté de la subluxation qui sera douloureux, alors que le côté opposé, totalement luxé, avec une tête logée dans la fosse iliaque externe, ne gênera le malade que par la déformation du membre qu'elle entraîne. De même, et très souvent, une hanche ayant gardé l'intégrité presque complète de ses mouvements sera plus douloureuse qu'une articulation presque ankylosée avec lésions d'arthrite très développées. Ceci déjà nous montre un peu l'importance des frottements et traumatismes dans la genèse de la douleur arthritique, sur laquelle nous aurons à revenir.

L'analyse de cette douleur présente aussi de l'intérêt. Avant l'arthrite, ce n'est qu'une simple fatigabilité accompagnée de boiterie chez l'enfant. Chez l'adolescent, cette douleur va souvent prendre l'allure de crise pseudo-coxalgique (38 % des cas selon M. Lance) provoquée par un effort. Souvent, à ce stade, le diagnostic de coxalgie est porté, et seule l'épreuve du repos au lit, qui amène une sédation de tous les signes, permet d'écarter ce diagnostic.

Peu à peu, chez l'adulte, cette douleur va prendre un caractère de permanence et, signe du processus arthritique, va se manifester aussi bien la nuit que le jour, exacerbée même par la chaleur du lit.

Le siège principal de la douleur est le pli de l'aine, la région de l'articulation même. Les irradiations se font le plus souvent à la face antéro-interne de la cuisse, atteignant le genou, et cette gonalgie, souvent prédominante, ne devra pas détourner d'un examen soigneux de l'articulation sus-jacente. Plus rarement, et moins importante, la douleur peut

irradier dans la région de la fesse ou la région postéro-externe de la cuisse, dans le territoire du sciatique.

Max Page, dans un article de *The Lancet*, donne une analyse intéressante de cette douleur. D'après lui, les causes en sont multiples. Douleur surtout capsulaire et musculaire, alors que les surfaces articulaires sont encore à peu près normales, elle aura, dans un stade précoce, son origine dans l'irritation des nerfs situés sous le cartilage, lorsque celui-ci commencera à être touché par le processus arthritique. A un stade plus avancé, le cartilage étant érodé, c'est l'os sous-jacent, scléreux, qui souffrira, avec souvent douleur rapportée au genou. A ce stade, s'y adjoindront des douleurs d'origine capsulaire (capsule infiltrée, épaissie, étirée), musculaire (déformation, contractures), et enfin des douleurs du territoire du nerf sciatique, que M. Page considère comme une névrite caractérisée de ce nerf, alors que M. Tavernier en fait une douleur irradiée à partir de l'articulation par l'intermédiaire des nerfs tributaires du sciatique et donnant la sensibilité à la face postérieure de l'articulation.

En résumé, douleur, limitation des mouvements, avec parfois déformation du membre inférieur entraînant la claudication, tels sont les symptômes que la thérapeutique chirurgicale devra chercher à combattre.

### 2° Anatomie pathologique.

A côté des lésions caractérisant la hanche subluxée :

— un cotyle insuffisant, au bord supérieur très oblique;

— une tête fémorale aplatie, débordant en avant le col, tête en général très antéversée, amenant l'incongruence des surfaces articulaires,

nous trouvons les lésions propres de l'arthrite :

— Irrégularité des bords du cotyle, avec parfois des ostéophytes de ses sourcils supérieurs et inférieurs;

— Irrégularité du pourtour de la tête, qui a quitté le fond

du cotyle. L'espace libre est comblé par des franges synoviales ou des proliférations osseuses formant souvent un cotyle à double fond;

— Erosion du cartilage déterminant le flou, le pincement de l'interligne;

— Migrations calciques importantes, avec opacification des zones d'appui, raréfaction des régions ne travaillant pas, allant parfois jusqu'à la formation de géodes. Ces migrations calciques montrent l'importance des perturbations vasomotrices dans cette articulation malade.

## ESSAI DE PATHOGENIE ET MODE D'ACTION PROBABLE DE LA BUTEE OSTEOPLASTIQUE

### 1° Pathogénie.

Nous allons envisager rapidement les diverses pathogénies proposées dans la genèse des phénomènes d'arthrite, et nous insisterons plus particulièrement sur celles qui nous semblent se rapporter plus directement à l'arthrite de la hanche subluxée.

Gourdon et Preiser ont parlé d'arthrite traumatique ou par incongruence des surfaces articulaires. Mais c'est surtout Moulonguet qui a insisté sur l'importance des microtraumatismes qui sont à l'origine de l'arthrite.

C'est surtout sur le facteur dystrophique qu'ont particulièrement insisté des auteurs tels que Delitala, Nové-Josserand et Ombrédanne.

Certains ont mis au premier plan les troubles de nutrition de l'articulation (Murk Jansen).

Pour d'autres, toutes les arthropathies déformantes de l'adulte seraient congénitales (Calot).

Nous ne ferons que citer les troubles endocriniens parfois suspectés, bien que cette cause puisse entrer en jeu comme facteur aggravant ou complémentaire. Bassir, dans les observations qu'il rapporte dans sa thèse sur le traitement de l'arthrite de la hanche subluxée, met en évidence chez une malade une nette hypothyroïdie, et chez une autre des troubles de la fonction ovarienne. Un traitement opothérapique avait amené une sédation temporaire des douleurs chez la seconde malade. L'hyperparathyroïdie a parfois été invoquée à l'origine de l'arthrite chronique.

Quels sont les facteurs les plus importants en ce qui concerne l'arthrite de la hanche subluxée dont on a pu dire qu'elle était une forme spéciale d'arthrite à pathogénie particulière (Barcat) ?

1° *La hanche subluxée est une hanche instable.* Dès le début de la marche, la tête fémorale, mal fixée dans un cotyle insuffisant, au bord supérieur trop oblique, va jouer légèrement et engendrer à chaque appui sur le côté malade de petits traumatismes au sein de l'articulation.

2° *La hanche subluxée est une hanche dystrophique.* L'origine hypoplasique de cette affection nous semble avoir son importance.

Les travaux de Leriche et Policard ont mis en évidence l'importance des troubles d'ordre vasculo-moteur et nerveux au niveau de ces articulations arthritiques.

M. Tavernier, dans son ouvrage, relève l'hyperhémie considérable de la cavité cotyloïde contrastant avec l'état relativement exsangue de la tête fémorale.

Il n'est pas invraisemblable que ce défaut de développement, qui s'objective surtout au niveau du tissu osseux, ait retenti de même sur le système vasculo-nerveux de l'articulation. Ombredanne dit : « L'aplasie n'est jamais localisée à un organe ou à un système, elle est toujours régionale. » D'ailleurs on note souvent un retentissement de cette hypotrophicité sur le système musculaire et l'insuffisance du moyen fessier est chose commune dans ces malformations congénitales de la hanche.

Nous avons donc les éléments en présence : une articulation, dont le système vasculo-nerveux est insuffisant, va être soumise à des microtraumatismes répétés dès le début de la marche. A l'occasion d'un incident quelconque, puberté, ménopause (rôle endocrinien possible), chute que l'on note souvent au début des accidents douloureux, ou simplement par le fait de cette irritation constante due à l'instabilité de la

hanche, cet équilibre instable du métabolisme de l'articulation va être rompu, les phénomènes d'arthrite vont se déclencher et s'entretenir d'eux-mêmes.

Et ce sera un cercle vicieux, les lésions nouvelles ne faisant qu'ajouter au mécanisme qui les a produites.

Il faudra donc, par un traitement approprié, essayer de briser cet enchaînement inéluctable.

### 2° Rôle probable de la butée ostéoplastique.

La butée ostéoplastique semble répondre aux deux principaux facteurs pathogéniques.

#### A. — Rôle mécanique.

« La subluxation congénitale, dit M. Padovani, sur laquelle se développe secondairement l'arthrite est une lésion mécanique qu'il faut s'efforcer de réparer le plus tôt possible par des procédés mécaniques pour éviter l'usure progressive de la machine articulaire. »

En fixant la tête fémorale, la butée supprime cette instabilité de la hanche, cause de traumatisme. Ce rôle est nié par quelques auteurs.

M. Calot écrit : « Nous rejetons les butées chez les adultes comme illogiques puisqu'ils ne viennent consulter pour des douleurs de la hanche que dans les cas où la nature a créé chez eux de nouvelles voûtes osseuses solides. » Cependant, à l'intervention on s'est bien aperçu que les ostéophytes décelés à la radio étaient friables et n'offraient qu'un appui bien illusoire à la tête fémorale.

M. Tavernier, lui aussi, admet que la hanche arthritique est stabilisée et que la tête fémorale y est bien appuyée et n'a plus tendance à fuir vers le haut. M. M. Lance espère peu de la fixation d'une tête déformée, qui, même bien appuyée, engendrera, du fait de ses déformations, des traumatismes intra-articulaires aussi considérables.

Certes ces opinions ont une grande valeur en ce qui con-

cerne les arthrites évoluant depuis longtemps, où les déformations des surfaces articulaires en présence sont considérables.

Mais fréquemment nous verrons les malades à un stade moins avancé, chez lesquels les signes d'arthrite seront surtout cliniques et dont le cliché ne révélera qu'un flou articulaire, que des contours peu modifiés.

Il n'est pas insensé de présumer que chez ces malades, dont les mouvements gardent une certaine amplitude, une bonne fixation de la tête fémorale amènera la cessation de ces traumatismes intra-articulaires dont on a vu l'importance.

On voit déjà se dessiner là une restriction dans les indications de la butée, qui ne saura garder toute son efficacité que pour les cas peu évolués, aux lésions proliférantes peu développées.

### B. — Rôle trophique.

A côté de ce rôle purement mécanique de la butée ostéoplastique, il en est un second, aussi important peut-être et sur lequel ont insisté nombre d'auteurs (Mathieu en particulier) : c'est le rôle trophique. Rôle encore obscur, mais indéniable, s'appuyant sur de nombreuses observations.

Trillat, dans sa thèse, cite le fait typique d'une butée qui, placée trop haut, n'avait évidemment aucun rôle mécanique, mais qui a cependant amené une sédation des douleurs complète jusqu'à ce que, ne travaillant pas, elle se soit entièrement résorbée. « Le traumatisme osseux, écrit M. Padovani, est peut-être suivi d'une modification trophique locale. »

Il faut rapprocher ces faits du rôle que semblent jouer les forages du col dans le traitement des arthrites. Modifiant, eux aussi, la trophicité de l'articulation, ils amènent une sédation remarquable de la douleur. Malheureusement les rapports sur les résultats éloignés ne semblent pas favorables. Après une amélioration de durée variable, les douleurs réapparaissent. Ce caractère temporaire de l'amélioration semble habituel après cette opération par forage. Au con-

traire, cet échec relatif ne se produit que rarement après la butée et seulement dans les cas où la butée ne remplit pas le rôle mécanique qu'on en espérait. En général, lorsque la butée est efficace et qu'elle entraîne la disparition des douleurs, ce résultat se maintient indéfiniment.

Un fait encore nous a frappé à la lecture d'observations de malades atteints d'arthrite de la hanche subluxée et traités : c'est la possibilité de régression des lésions, surtout au stade précoce de la maladie. En effet, ces arthrites, d'origine strictement mécanique et trophique, présentent une plasticité remarquable. Les lésions se remanient constamment, et, sous l'influence de la thérapeutique, peuvent évoluer dans le sens de la régression. Nombreuses sont les observations où il est signalé une telle rétrocession du processus arthritique, soit après section des nerfs sensitifs de l'articulation, soit après établissement d'une butée ostéoplastique.

Même impression de plasticité, de régression possible, dans cette arthrite postopératoire survenant après confection d'une butée pour luxation ou subluxation non compliquée dont l'évolution cyclique et la guérison en un à trois ans a été bien étudiée dans la thèse de Trillat.

Il semble donc, d'après ce petit essai pathogénique, que la butée est indiquée dans l'arthrite de la hanche subluxée et qu'elle obvie aux deux facteurs principaux de l'arthrite, le facteur mécanique et le facteur trophique; compte tenu que cette thérapeutique sera électivement réservée aux cas d'arthrite au début, avant que les lésions, par leur importance, aient pris un caractère d'irréversibilité réclamant des techniques plus radicales.

## OBSERVATIONS

### 1° Observations de M. le Professeur Loubat.

#### Observation I.

*Subluxation haute de la hanche devenue très douloureuse. — Butée ostéoplastique. — Excellent résultat qui s'est maintenu depuis seize ans.*

Mlle D... (Marcelle), actuellement âgée de 45 ans, exerçant la profession d'ouvrière en parfumerie, où le travail se fait en position assise.

Depuis sa première enfance, a toujours boité d'une façon assez accusée à gauche, mais sans souffrir, ce qui lui a permis d'avoir une vie active jusqu'à 25 ans.

A ce moment, apparition de phénomènes douloureux dans la hanche, la cuisse et le genou, se manifestant pendant la marche et la station debout, disparaissant au repos.

Ces phénomènes douloureux ont augmenté de fréquence d'abord, puis d'intensité, sans que rien puisse soulager la malade, si bien que, deux ans et demi après, la malade était obligée de cesser son travail, ne pouvant plus parcourir les quelques centaines de mètres qui la séparaient de son usine.

Après avoir épuisé les ressources des divers médicaments sédatifs, elle a subi, pendant plus de deux ans, des séances d'air

chaud dans une officine, sans autre résultat que d'y avoir épuisé toutes ses économies.

C'est à ce moment, en 1930, que nous la voyons avec le docteur Plaziat :

Radio : Il s'agit d'une subluxation très haute, la tête ayant presque complètement quitté le cotyle. Il existe un double fond cotyloïdien, occupant la moitié supérieure de l'ancien cotyle. Le néocotyle est peu creusé au-dessus du rebord cotyloïdien normal, qui a disparu.

La tête fémorale n'est cependant pas très déformée et il n'y a pas de signes manifestes d'arthrite sèche, malgré les douleurs violentes.

A l'examen, les mouvements sont presque entièrement conservés.

*Le 24 janvier* 1930, intervention, avec le docteur Plaziat.

Butée ostéoplastique par volet iliaque rabattu et greffons pris sur le tibia du côté opposé.

Suites opératoires très simples.

L'appareil plâtré est ôté au bout de deux mois.

Marche permise au bout du troisième mois.

La réadaptation à la marche est très lente, la malade ayant peur de souffrir et ayant considérablement engraissé durant sa vie au ralenti.

Elle a usé d'une chaise, puis de cannes, souffrant encore un peu lors d'efforts prolongés, et ce n'est qu'au bout de deux ans que la guérison a été complète.

Depuis cette époque, la malade a repris sa profession et a une vie active normale, sauf la boiterie qui persiste toujours.

*Résultats éloignés :* revue le 12 mars 1946, seize ans après l'intervention, la malade est toujours très satisfaite, va toujours à son travail, fait plusieurs kilomètres par jour sans fatigue, sans douleurs. Ce n'est que lors de surmenage, dans les travaux ménagers en particulier, qu'elle ressent une vague douleur dans la cuisse, qui disparaît par le repos.

Les mouvements de la hanche ont repris toute leur amplitude, aussi bien dans la flexion que dans l'abduction.

Le résultat peut être qualifié d'excellent.

### Observation II.

*Subluxation congénitale bilatérale compliquée d'arthrite. — Butée ostéoplastique. — Excellent résultat s'étant maintenu six ans du côté gauche. — Intervention récente par butée du côté droit.*

Mme P..., âgée actuellement de 36 ans, mariée, mère de deux enfants.

A toujours boité depuis sa naissance, mais sans souffrir jusqu'à l'âge de 25 ans. A la naissance de son deuxième enfant, commence à souffrir. A cette époque, elle a souffert du côté gauche d'abord, puis ensuite du côté droit. Douleurs n'existant qu'à la marche et pendant la station debout prolongée, siégeant à la hanche, la cuisse, jusqu'au genou.

En même temps, elle constatait que les mouvements devenaient de plus en plus difficiles et que les hanches s'enraidissaient. Si bien qu'à l'âge de 29 ans (1939), elle est devenue presque impotente, ne pouvant guère sortir de chez elle, où elle se livrait péniblement aux travaux du ménage.

A ce moment, on constate que les hanches, non douloureuses au repos, sont très enraidies, avec un maximum manifeste du côté gauche, où les mouvements de flexion et d'abduction sont très limités.

La radiographie montre une subluxation bilatérale, plus accusée du côté gauche, avec des signes nets d'arthrite sèche.

On décide de faire une butée du côté le plus atteint.

*En avril* 1939, opération de butée ostéoplastique de la hanche gauche, sous rachianesthésie, par volet iliaque rabattu et fragments osseux prélevés sur le tibia du côté opposé.

Immobilisation plâtrée pendant un mois.

Repos au lit pendant le mois suivant.

Puis reprise de la marche à ce moment.

Depuis cette époque, la malade a repris une grande partie de son activité, ne souffrant plus de son côté opéré, mais les mouve-

ments, devenus un peu plus amples, n'ont jamais été récupérés complètement.

Par contre, elle continue à souffrir du côté non traité.

Il était convenu qu'elle se ferait opérer de ce côté l'année suivante, mais devant les difficultés résultant de l'occupation et de la ligne de démarcation, cette intervention a été différée jusqu'en septembre 1945.

Pendant ces cinq ans d'attente, les douleurs ont augmenté peu à peu du côté droit et également l'enraidissement, qui a abouti à la limitation très accusée de tous les mouvements.

Une radiographie, faite à cette époque, a montré que la butée du côté opéré était toujours très efficace et très ossifiée, et que, du côté droit, bien que la subluxation soit peu accusée, avec un cotyle de petites dimensions, les phénomènes d'arthrite sont nettement plus accusés qu'en 1939.

*Le 27 septembre* 1945, butée ostéoplastique de la hanche droite, par petit volet iliaque renforcé par greffons d'os mort désalbuminé.

Suites opératoires très simples.

Immobilisation plâtrée pendant un mois.

Repos au lit le mois suivant.

Puis mobilisation, et la malade est rentrée chez elle, où elle a repris peu à peu son activité normale.

Actuellement, quand elle se lève, quelques minutes de mise en train lui sont nécessaires, puis les douleurs disparaissent et la malade peut faire un kilomètre environ sans souffrir. Elle ne croit pas encore pouvoir faire de bicyclette à cause de l'enraidissement de l'articulation. Cependant, elle fait des progrès dans le sens de l'amélioration.

*Conclusion :* Subluxation douloureuse bilatérale. Bon résultat au bout de six ans pour le côté opéré en premier. Résultat encore imprécis, mais bon pronostic, en ce qui concerne la seconde intervention.

### Observation III.

*Subluxation unilatérale devenue douloureuse. — Butée ostéoplastique. — Bon résultat fonctionnel au bout de six ans.*

Mme de G..., actuellement âgée de 50 ans.

A toujours boité, mais de façon progressivement accrue du côté gauche, sans que sa vie pendant longtemps en ait été troublée.

Ce n'est qu'à l'âge de 44 ans que cette malade, jusque-là très active, a souffert de plus en plus, le moindre effort de marche et même la station debout devenant impossibles en l'espace de six mois. Si bien que cette malade a interrompu complètement toute activité, ne bougeant guère du lit ou de la chaise longue. Ce repos forcé a amené chez elle de l'hypocondrie, des migraines fréquentes, à un point tel qu'au dire de son entourage elle menait une vie purement végétative.

*L'examen* a montré :

— une ascension légère du trochanter;

— un enraidissement très accusé de la hanche, qui est légèrement fléchie. Les seuls mouvements possibles sont un peu de flexion et d'abduction.

*La radiographie* a montré des lésions très importantes :

— D'abord une subluxation, avec cotyle à double fond d'environ 1 centimètre d'épaisseur. Dans ces conditions, le cotyle actuel est peu creusé et agrandi vers le haut par une prolifération ostéophytique du rebord cotyloïdien.

— La tête, très volumineuse, s'est déformée en béret basque et semble avoir glissé en arrière.

— Il existe des signes d'arthrite sèche avec grosse condensation osseuse à la partie supéro-interne de la tête et à la partie du cotyle qui y correspond.

Le 24 janvier 1940, butée ostéoplastique par volet iliaque rabattu et greffon d'os mort désalbuminé.

Immobilisation, un mois.

Repos au lit, un mois.

Reprise de la marche à la fin du deuxième mois.

Les résultats éloignés sont très satisfaisants.

Une radiographie faite au bout d'un an montre une bonne ossification de la butée, qui se trouve éloignée de près d'un centimètre de la tête.

Au point de vue fonctionnel, la malade, très rapidement, a repris une vie plus active. Elle fait de la bicyclette et se sert de ce moyen de locomotion pour toute course hors de chez elle. Elle mène d'autre part une vie d'intérieur normale, mais se ménage et a tendance à souffrir un peu si elle reste trop longtemps debout. L'entrain lui est tout à fait revenu et les migraines ont complètement disparu.

Donc, dans l'ensemble, très bon résultat fonctionnel. La malade n'a pas été examinée à nouveau.

### Observation IV.

*Subluxation congénitale de la hanche gauche, compliquée d'arthrite. — Butée ostéoplastique. — Suppuration post-opératoire. — Assez bon résultat fonctionnel.*

Mme L..., actuellement âgée de 36 ans, mère d'un enfant.

Cette malade a toujours boité du côté gauche depuis sa première enfance, mais de façon peu accusée. A été traitée par M. Denucé, à l'âge de 5 ans 1/2, pour luxation congénitale bilatérale (?).

Au cours de ces quatre dernières années, la boiterie s'est accompagnée de phénomènes douloureux de plus en plus importants dans la hanche et la cuisse. Douleur cessant au repos. Devant l'intensité de ces douleurs, une intervention est décidée.

*L'examen clinique* montrait alors :

— Un peu de raccourcissement du membre inférieur gauche.

— Une limitation des mouvements de flexion et d'adduction du côté gauche.

— Du côté droit, les mouvements sont à peu près normaux.

*Radiographie :* Il existe une subluxation très accusée du côté gauche, avec ascension de la tête fémorale, qui n'occupe que la moitié supérieure de la cavité cotyloïde.

Le cotyle est très aplati, comblé à sa partie inférieure par un double fond extrêmement visible.

Il existe des signes d'arthrite chronique avec opacité exagérée de la partie moyenne de la tête et de la partie correspondante du cotyle au point d'appui maximum.

La tête est déformée en tampon de wagon, et glissement en arrière.

Du côté droit, il y a un léger degré de subluxation, avec cotyle nettement trop petit et mal creusé (de ce côté, la malade ne souffre pas).

*Opération en avril* 1943 : Butée ostéoplastique par volet iliaque rabattu, greffon d'os mort désalbuminé.

Mise en appareil plâtré.

*Suites opératoires :* A la suite de l'intervention, il se produit des phénomènes infectieux assez importants avec élévation thermique, rougeur de la plaie. Cela aboutit au bout de quinze jours à de la suppuration. On donne de la thiazomide durant deux semaines. Les accidents généraux rétrocèdent, mais, par la suite, s'est constituée une fistule qui a donné pendant plusieurs mois à la partie moyenne de la cicatrice, et par où ont été éliminés à plusieurs reprises de petits séquestres osseux.

On n'intervient pas.

A cause de cette complication, la malade ne peut se lever qu'au bout de quatre mois. Elle est rentrée chez elle, présentant encore de temps en temps un peu de suppuration locale.

Ces réveils infectieux se sont faits de plus en plus rares.

Aux dernières nouvelles, il y a près de six mois, la malade marchait de façon assez correcte, souffrant encore un peu à la fatigue, mais ayant pu reprendre cependant une vie familiale à peu près complète.

Malgré tout, à cause de l'infection de la plaie, le résultat n'a pas été aussi rapide et aussi bon qu'on était en droit de l'espérer.

Observation V.

*Subluxation congénitale de la hanche droite, douloureuse depuis deux ans. — Butée ostéoplastique. — Excellent résultat.*

Mme M..., actuellement âgée de 29 ans.

Le début des douleurs semble remonter à deux ans seulement. Enfant, la malade ne présentait aucune boiterie, pas de gêne à la marche.

Cependant, la malade a marché très tard et a été plâtrée de 18 mois à 3 ans dans les diverses positions du traitement de la luxation congénitale.

Au cours de sa deuxième enfance et de son adolescence, la malade aurait été tout à fait normale.

Depuis deux ans, gêne à la marche avec douleurs dans la région du triangle de Scarpa et irradiations dans le membre inférieur.

*Examen :*

— La tête semble être en place.

— Les mouvements d'adduction sont un peu limités.

— Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés et peu douloureux.

*Radiographie :* La cavité cotyloïde droite est peu profonde. Le toit du cotyle paraît aplasié et insuffisant.

La tête fémorale est augmentée de volume, déborde sensiblement le bord supérieur du cotyle; ses contours sont assez irréguliers.

— Le col est très élargi.

— L'interligne articulaire est flou.

*Le 23 juillet* 1945, butée ostéoplastique par le procédé habituel, avec volet de 2 centimètres de hauteur environ, rabattu sur la partie antérieure et moyenne de la tête et addition de greffons d'os mort désalbuminé.

Suites opératoires normales.

Reprise de la marche au bout de deux mois.

Une radio prise à ce moment montre une butée bien ossifiée au contact de la tête.

La malade est revue en février 1946. La marche qui, au début, était hésitante, la malade ayant peur d'appuyer sur son membre, se fait maintenant sans canne et sans boiterie. Les douleurs ont complètement disparu. Les mouvements ont récupéré une amplitude presque normale. La malade, actuellement enceinte de deux mois, reste debout une partie de la journée sans souffrir, ce qui laisse espérer un résultat fonctionnel excellent.

## 2° Observations de M. le Professeur agrégé Pouyanne.

### Observation VI.

*Subluxation unilatérale compliquée d'arthrite. — Butée ostéoplastique. — Excellent résultat après huit ans.*

Mlle C... (Claire), 35 ans.

La malade boite depuis l'âge de 7 ou 8 ans.

Vers 15 ans, chute d'une échelle, et, depuis, poussées douloureuses, surtout intenses depuis 1936.

17 *février* 1938 : Vue pour la première fois par M. le Professeur Pouyanne. La malade présente :

— Une claudication marquée par défaut d'appui sur la hanche droite. Signe de Trendelenburg fortement positif.

— Hanche droite : flexion limitée à 90°; hyperextension nulle; craquements lors de la mobilisation.

— Hanche gauche : cliniquement normale.

*Radio* : Arthrite chronique déformante bilatérale avec subluxation, pincement articulaire, ostéophytes.

Les signes sont surtout nets à droite, où la tête fémorale est déformée en goutte.

*Butée le* 21 *février* 1938 : Suites simples. Cicatrisation par première intention.

11 *mars* 1938 : Ablation du plâtre. Hanche souple.

13 *juin* 1938 : Marche avec une claudication assez marquée; se sert d'une canne, mais ne souffre plus et sent sa hanche bien appuyée.

Souplesse de l'articulation conservée.

*Radio* : Très bon résultat anatomique.

13 *juillet* 1938 : Marche sans canne; pas de douleur; s'accroupit facilement; amélioration progressive.

20 *avril* 1944 : N'a pratiquement pas souffert depuis 1938. Peut porter des charges assez lourdes. Se sent stable. Marche correcte. Hanche droite : flexion limitée à 80°. Léger Trendelenburg à gauche.

1er *février* 1945 : En novembre 1944, a présenté pendant quinze jours de vives douleurs dans la jambe droite; a pu cependant continuer à marcher. Depuis, un peu d'endolorissement et quelques douleurs à type de sciatique.

Examen physique : même état qu'en 1944.

Donc : Excellent résultat anatomique et fonctionnel.

### Observation VII.

*Subluxation unilatérale compliquée d'arthrite. — Butée ostéoplastique. — Mauvais résultat fonctionnel.*

Sœur M..., 35 ans.

Luxation congénitale gauche soignée à l'âge de 2 ans 1/2.

Résultat parfait jusqu'à 26 ans.

A cette époque, apparition de douleurs à la fatigue, qui vont en s'accentuant, puis claudication. Les douleurs, initialement limitées à la hanche, ont ensuite diffusé dans le membre inférieur, puis dans le dos, dans la tête.

16 *juillet* 1945 : Examinée par M. le Professeur Pouyanne, qui constate : une subluxation de la hanche gauche; Trendelenburg positif; flexion limitée à 90°; rotation interne nulle; atrophie fessière.

*Radio* : Cotyle fuyant, à double fond; gros pincement articulaire; tête déformée, en coxa valga.

*Butée le* 19 *juillet* 1945 : Suites simples.

*24 janvier* 1946 : La malade, revue, accuse des douleurs, présente de la claudication, de l'adduction de son membre inférieur.

A la radio, la butée paraît être en bonne position.

Donc : Mauvais résultat, autant du point de vue douleur que du point de vue marche.

### Observation VIII.

*Subluxation congénitale bilatérale compliquée d'arthrite à gauche. — Butée des deux côtés en une seule intervention. — Excellent résultat fonctionnel.*

Mlle A... (Yvonne), 32 ans.

Traitée à 3 ans 1/2 pour luxation congénitale bilatérale.

Aurait de nouveau été traitée par manœuvres externes à 10, puis à 16 ans (?).

Résultat médiocre. A toujours souffert à gauche et légèrement boité.

Depuis 1935, douleurs du côté droit qui inquiètent la malade.

*29 décembre* 1938 : La malade est vue par M. le Professeur Pouyanne et présente une subluxation congénitale bilatérale; claudication discrète; à droite, pas de Trendelenburg; à gauche, Trendelenburg nettement positif; des deux côtés, la flexion et l'hyperextension sont limitées et un peu douloureuses; les signes sont surtout nets à gauche.

*Radio* : Cotyles très fuyants des deux côtés.

— A droite : pas de grosses déformations de la tête;

— A gauche : coxa vara, aplatissement de la tête; interligne flou.

*Butée bilatérale en une séance opératoire le* 17 *janvier* 1939 : Durée totale de l'intervention, une heure. Suites très simples. Hématome non suppuré à droite. Lever vers le 15 mars. Marche correcte début avril.

Présente le 3 avril un brusque blocage de sa hanche gauche en

demi-flexion. Traitée par l'extension continue. Déblocage brutal le 26 avril.

24 *juillet* 1939 : Résultat excellent.

— A droite : plus de douleurs; souplesse maxima; Trendelenburg négatif.

— A gauche : souplesse très satisfaisante; Trendelenburg légèrement positif; mais douleurs névralgiques, exacerbées par le corset et ne paraissant pas d'origine articulaire.

22 *décembre* 1941 : La malade, revue, se déclare très satisfaite de l'intervention. Ne souffre pour ainsi dire pas. Mène une vie active.

Les deux hanches sont parfaitement souples.

La malade a été revue depuis régulièrement. Elle s'est mariée et a eu deux enfants.

En résumé : Excellent résultat.

## RESULTATS DU TRAITEMENT PAR LA BUTEE DANS L'ARTHRITE DE LA HANCHE SUBLUXEE

Nous rapportons et discutons ici les résultats relevés dans les ouvrages suivants : la thèse de M. Trillat (Lyon, 1937), la thèse de M. Barcat (Paris, 1938), le traité de M. Tavernier sur le *Traitement de l'arthrite chronique sèche de la hanche*, et l'article de M. Padovani sur le *Traitement des subluxations congénitales de l'adulte*, qui fait état des résultats mentionnés dans la thèse de M. Mouton (Paris, 1945). Nous y joindrons la discussion de quelques observations personnelles.

Trillat cite 10 cas de subluxation avec arthrite. Sur ces 10 cas :

— 1 cas de guérison complète, portant aussi bien sur la douleur que sur les troubles de la marche. L'arthrite, chez cette malade, avait surtout une manifestation d'ordre clinique. La radio ne décelait que de minimes lésions.

— 3 cas avec amélioration très importante, où, après intervention, ces malades ne ressentent plus que de fugaces douleurs après de très longues marches ou une légère limitation des mouvements n'entraînant aucune gêne dans la vie normale.

Chez ces 3 malades, peu de signes d'arthrite à la radiographie.

— 3 cas d'amélioration légère : diminution de la douleur et de la limitation des mouvements.

Chez une de ces malades, les signes d'arthrite sont extrêmement prononcés (tête en tampon de wagon, col pratiquement disparu, décalcification importante). Après butée, on assiste à une amélioration progressive de l'état fonctionnel et douloureux de la hanche, allant de pair avec cette régres-

sion des lésions d'arthrite que nous signalions précédemment.

Chez une autre de ces 3 malades, mêmes lésions très prononcées d'arthrite, objectivées à la radiographie par des déformations osseuses importantes.

La troisième a surtout des signes cliniques d'arthrite.

— 3 échecs complets.

Mais, dans un cas, le toit s'est complètement résorbé, après avoir amené une sédation des douleurs durant quatre ans (ce qui confirme le rôle trophique joué par le greffon) et, dans les deux autres cas, le toit constitué était soit mal orienté, soit placé trop haut.

En résumé, sur ces 10 cas :

— 70 p. 100 d'amélioration, et, dans 40 p. 100 des cas, on peut parler de guérison, les 30 p. 100 d'amélioration relative portent sur des malades qui présentent d'importantes lésions d'arthrite.

On ne peut guère conclure sur les 3 échecs, pour lesquels une insuffisance de l'opération est incontestable.

Dans la thèse de Barcat, 22 cas d'arthrite secondaire à une subluxation sont étudiés, et nous relevons 11 cas heureux et 11 échecs relatifs ou complets.

Et l'on peut mettre en évidence, dans ces 50 p. 100 d'échecs, soit l'importance des lésions ostéocartilagineuses, soit, là encore, une déficience de la butée, qui, mal placée ou mal orientée, ne répond pas aux buts qu'elle se propose. Barcat rapporte dans sa thèse une statistique de Pasquali portant sur 6 cas, dont 5 succès, mais il semble que l'auteur a qualifié d'arthritiques des déformations relevant seulement de la maladie subluxante de la hanche.

Dans l'ouvrage de M. Tavernier, 10 cas de subluxation compliquée d'arthrite et opérée par butée ostéoplastique.

L'auteur envisage les résultats obtenus des deux points de vue suivants :

— action sur la douleur;

— action orthopédique.

*Sur la douleur :*

— Disparition complète chez 6 malades (60 p. 100);
— Grosse amélioration, simple persistance de quelques algies passagères : 1 cas (10 p. 100);
— 3 cas où l'amélioration n'a été que momentanée (30 p. 100).

Donc, dans 70 p. 100 des cas, on peut aller jusqu'à parler de guérison. Dans 2 des 3 cas où l'opération a échoué, des lésions très importantes d'arthrite avec altération des contours osseux sont notés.

*Résultat orthopédique :*

— 5 très bons résultats (50 p. 100);
— 3 résultats moins bons (30 p. 100), avec assez nette limitation des mouvements;
— 2 enraidissements considérables (20 p. 100).

Au total, 70 p. 100 d'amélioration considérable, et, pour le plus grand nombre de ces cas, guérison complète.

Dans les 30 p. 100 d'échecs, là encore, mise en évidence de très grosses lésions osseuses arrivées à un stade non réversible et expliquant l'échec thérapeutique.

M. Padovani donne les chiffres suivants :

— 40 p. 100 de bons résultats;
— 20 p. 100 d'améliorations incomplètes;
— 40 p. 100 d'échecs.

« Ce pourcentage, écrit-il, résulte d'une analyse très minutieuse et d'une appréciation très sévère des résultats. »

Envisageons maintenant les résultats fournis par nos observations.

Nous devons à l'obligeance de MM. les Professeurs Loubat et Pouyanne un ensemble de 8 observations qui présentent une statistique bien meilleure que celles relevées chez la plupart des auteurs.

En effet, sur 8 cas : 6 résultats excellents, 1 amélioration relative et 1 échec.

1° *Bons résultats* (obs. I, II, III, V, VI, VIII).

Dans les observations I, V et VIII, les signes d'arthrite sont peu accusés et la maladie a surtout des manifestations cliniques (douleurs, limitation des mouvements). Il n'est donc pas étonnant que les résultats soient excellents. En effet, nous verrons, en précisant les indications de la butée, que les chances de succès sont bien supérieures dans les cas d'arthrite au début sans lésions considérables des surfaces articulaires.

Il est peut-être prématuré de juger du résultat définitif en ce qui concerne la malade de l'observation V. « Des délais de six mois à un an sont nécessaires pour apprécier le résultat d'une butée. » (Padovani.) Cependant, après six mois, la malade marche sans douleur, ce qui permet de bien augurer de l'avenir.

L'observation I montre l'inefficacité habituelle des traitements médicaux et physiothérapiques dans ces arthrites de la hanche subluxée, et ceci contrairement à l'opinion de certains auteurs qui rejettent l'intervention chirurgicale dans ces cas (Graber, Duvernay).

L'observation VIII démontre la possibilité de pratiquer la butée ostéoplastique sur les deux hanches en une seule séance sans que la durée ou le choc opératoire porte préjudice au malade.

Dans les observations II, III, VI, les lésions sont tout à fait nettes, avec déformations importantes de la tête fémorale et du cotyle. Cependant, les résultats obtenus sont excellents et se maintiennent depuis des années. De tels cas nous permettront de ne pas rejeter *a priori* la butée ostéoplastique dans les cas d'arthrite, même assez évoluée.

L'observation III est intéressante par le paradoxe qu'elle met en évidence. En effet, nous avons vu que des causes d'échec fréquemment relevées étaient des insuffisances ou des mauvaises positions du toit ostéoplastique. Or, dans ce

cas, une radio prise un an après l'intervention montre une butée située à un centimètre de la tête fémorale, qui ne semble pas y prendre le moindre appui. Et, cependant, le résultat fonctionnel est excellent. Il est vraisemblable que l'espace compris entre les deux surfaces est comblé par du tissu scléreux sur lequel la tête vient s'appuyer.

M. Padovani a insisté sur ces faits paradoxaux de bons toits anatomiques conduisant à des échecs et de toits anatomiquement mauvais donnant d'excellents résultats fonctionnels. « Naturellement, conclut-il, il ne convient pas d'escompter une telle évolution et il faut tout faire pour obtenir une réalisation anatomique parfaite. »

2° *Amélioration relative* (obs. IV).

Il est très dommage que cette malade ait présenté une infection locale qui a sûrement agi défavorablement sur le résultat escompté. Aussi ne peut-on conclure sur ce cas à l'inefficacité de la butée.

3° *Echec* (obs. VII).

Cette malade, enfin, n'a tiré aucun bénéfice de l'opération. Dans ce cas, les lésions d'arthrite étaient importantes.

Il est peut-être un peu tôt pour juger du résultat définitif (la butée datant de six mois seulement).

Cependant, les douleurs non modifiées, la claudication persistante et la déformation en adduction du membre inférieur assombrissant le pronostic, il y aurait peut-être lieu d'envisager chez cette malade une réintervention (névrotomie obturatrice, ostéotomie sous-trochantérienne).

On voit donc que, sur ces 8 observations, il y a 75 p. 100 de guérison, 12,5 p. 100 d'amélioration relative et 12,5 p. 100 d'échec. Statistique extrêmement favorable.

Si nous reprenons l'ensemble des cas envisagés ici, nous trouvons un pourcentage de bons résultats oscillant entre 50 et 70 p. 100, « ce qui n'est finalement pas si mal pour une opération palliative » (Mouton).

## LES AUTRES TRAITEMENTS PROPOSES ET LEURS RESULTATS DANS L'ARTHRITE DE LA HANCHE SUBLUXEE

Nous n'envisagerons que les résultats opératoires des diverses méthodes proposées, n'étudiant aucunement les techniques.

Il faut distinguer, dans ces thérapeutiques, celles qui ne sont que symptomatiques et dirigées uniquement contre la douleur et celles qui, s'attaquant à l'articulation elle-même, ont une visée orthopédique.

### A. — Thérapeutiques chirurgicales symptomatiques.

1° *Le forage du col*, appliqué au traitement de l'arthrite chronique de la hanche par Duvernay, Arnaud, Aymes, est une opération simple, pratiquement sans suites opératoires, permettant un lever précoce, et dont l'effet sur la douleur est immédiat. Malheureusement, la plupart des auteurs sont unanimes à admettre qu'il ne s'agit que d'une amélioration passagère et que les malades, après un délai plus ou moins long, recommencent à souffrir de leur hanche.

M. Tavernier rapporte 2 cas d'arthrite secondaire à une subluxation traités par ce procédé, avec un bon résultat qui s'est maintenu plus de cinq ans et un résultat seulement transitoire dans l'autre cas. Au Congrès de chirurgie de 1932, MM. Cunéo et Rocher ne concluent pas sur l'intervention, les cas opérés étant trop récents. Il semble cependant que cette efficacité temporaire ne place pas le forage du col à un bon rang parmi les techniques préconisées.

2° *La section du nerf obturateur* (Camitz) trouve un excellent défenseur en M. Tavernier. Sa statistique porte sur 51 malades (arthrites d'étiologies diverses). Nous ne nous occuperons que des cas où une subluxation est cause de l'arthrite.

Dans 11 cas, le chirurgien s'est borné à une simple section de l'obturateur.

— 3 cas peuvent être qualifiés de guéris (un de ces 3 malades a été perdu de vue après l'opération, qui avait été satisfaisante);
— 5 cas d'amélioration passagère;
— 3 échecs complets.

Signalons que, dans 2 observations où la section du nerf n'avait donné aucun résultat, la constitution d'une butée a amené la guérison des douleurs.

Si nous envisageons les cas où la section de l'obturateur a été complétée par une section des nerfs postérieurs de l'articulation, sur 7 malades subluxés et atteints d'arthrite :

— 3 furent guéris;
— 3 seulement améliorés;
— 1 échec.

L'ensemble de la statistique sur les sections nerveuses donne les résultats suivants, sur 18 malades :

— 6 guérisons (33 p. 100);
— 8 améliorations souvent passagères (44 p. 100);
— 4 échecs (22 p. 100).

Certes, cette opération a pour elle d'être simple, très peu traumatisante, d'amener très souvent une rétrocession du processus arthritique et de réserver l'avenir pour des interventions ultérieures sur la hanche. Par contre, le côté orthopédique de la question, qui a son importance en ce qui concerne les dystrophies congénitales de la hanche, est complètement laissé de côté.

B. — Thérapeutiques chirurgicales orthopédiques.

1° *L'ostéotomie sous-trochantérienne*, dans ses diverses modalités, semble n'avoir d'action que sur la déformation. Son action sur la douleur semble minime. Elle est surtout réservée au cas où la désaxation du membre gêne considérablement la marche. Dans les subluxations avec arthrite, où cet inconvénient est bien moins important que la gêne due à la douleur, elle ne saurait être envisagée comme traitement principal, mais simplement comme correctif d'une autre intervention n'ayant pu modifier l'attitude vicieuse du membre.

M. Lasserre, pratiquant l'ostéotomie intertrochantérienne (ostéotomie très haute sur le fémur), en fait une méthode de traitement qui lui donne de bons résultats.

Plus importantes sont les deux opérations suivantes : l'arthrodèse et l'arthroplastie, qui se partagent actuellement la faveur de nombreux auteurs.

2° *L'arthrodèse et ses résultats.* — Les résultats sont satisfaisants; guérison ou amélioration considérable, permettant une activité normale dans 70 p. 100 des cas.

Cette amélioration sera en général proportionnée à la qualité de l'ankylose, souvent difficile à obtenir, et c'est là l'inconvénient majeur de la méthode. Certes, le malade, du point de vue solidité de la hanche et douleurs, aura obtenu la guérison, mais au prix d'une hanche absolument ankylosée. Donc, impossible d'envisager l'intervention sur les deux hanches en cas de lésions bilatérales, et, certes, M. Tavernier a bien le droit de qualifier cette intervention d'héroïque.

3° *L'arthroplastie*, enfin; sur les 5 cas de hanche subluxée et arthritiques auxquelles on a appliqué le procédé, M. Tavernier donne les résultats suivants :

— 3 bons résultats;
— 2 résultats incomplets, ou ankylose.

Là encore, 70 p. 100 de résultats satisfaisants. 30 p. 100 d'échecs plus ou moins complets.

Cette intervention a sur la précédente l'avantage, parfois d'ailleurs la prétention, de préserver l'articulation de l'ankylose. Donc, elle peut être appliquée aux deux hanches dans les cas de lésions bilatérales.

La proportion identique de bons résultats dans l'arthrodèse et l'arthroplastie explique que les auteurs soient partagés entre ces deux méthodes. Les uns plutôt favorables à l'arthrodèse (M. Tavernier), les autres à l'arthroplastie (auteurs anglais et allemands en général, M. Page, Burckhardt, etc.).

## PLACE DE LA BUTEE OSTEOPLASTIQUE PARMI CES THERAPEUTIQUES. SES INDICATIONS. SES AVANTAGES

### A. — Place de la butée.

Si l'on s'en tient aux chiffres, on voit que la butée ostéoplastique peut être mise sur le même plan que la plupart des interventions que nous venons d'envisager. En gros, nous avons vu qu'appliquée à l'arthrite, quel que soit son stade évolutif, nous pouvons compter sur une moyenne de 50 à 70 p. 100 de bons résultats.

Il est tout à fait vraisemblable que nous pourrons améliorer les statistiques en serrant un peu les indications de cette intervention, et l'analyse des causes d'échecs relevés précédemment nous permettra de préciser quelles sont les indications optima de la méthode.

### B. — Indications de la butée ostéoplastique dans l'arthrite de la hanche subluxée.

Nous passerons rapidement sur les contre-indications tenant à l'état général du sujet. La butée ostéoplastique est une opération assez choquante, qui nécessite d'importants décollements musculaires et que l'on ne pourra proposer à des sujets profondément tarés.

La question de l'âge du malade a été bien étudiée par M. Barcat dans sa thèse, et il insiste sur le fait qu'en aucun cas l'âge en lui-même ne saurait être une contre-indication. Cependant, « les résultats les meilleurs sont certainement plus

fréquents lorsque l'intervention est pratiquée chez un sujet jeune. Aussi doit-on affirmer la nécessité d'opérer les adultes atteints de subluxation congénitale dès que le diagnostic est porté ».

Quelles sont les causes d'échec les plus fréquentes ?

1° Avant tout, l'importance des lésions d'arthrite. Nous avons vu que les articulations très déformées, où la tête fémorale et le cotyle étaient fortement altérés dans leur forme, conduisaient en général à un échec plus ou moins complet de la méthode. D'autre part, ces lésions, qui sont aussi périarticulaires (capsule épaissie infiltrée, muscles contracturés, ostéophytes, os scléreux et dur) gênent considérablement l'établissement d'un bon toit au cotyle.

2° L'insuffisance de la butée, qui, mal orientée, trop inclinée ou placée trop haut au-dessus de la tête fémorale, ne remplit plus son rôle mécanique.

Ceci précisé, nous n'envisagerons la thérapeutique par la butée avec toute chance de réussite que dans les cas où l'arthrite est peu évoluée, où les déformations osseuses n'ont pas acquis une telle importance qu'elle voue à l'échec un traitement destiné à supprimer les traumatismes intra-articulaires, et ne soient pas arrivés à ce stade d'irréversibilité où l'action trophique du greffon n'a plus de chance de se faire sentir. Nous ne dissimulerons pas que le diagnostic de ce stade optimum soit difficile et bien sujet à caution. Cependant toute arthrite de la hanche subluxée, avec aspect radiologique peu modifié et où la signature de l'atteinte arthritique se traduit surtout cliniquement nous semble parfaitement justiciable de cette intervention.

D'autre part, la butée elle-même devra répondre aux conditions qu'a bien fixées Trillat dans sa thèse pour être efficace : le volet osseux devra être abaissé le plus bas possible sur la tête, suffisamment volumineux et bien orienté, recouvrant surtout la portion antérieure de la face supérieure de

la tête fémorale, qui, toujours antéversée, a tendance à s'échapper en avant.

Telles sont les conditions qui permettent d'attendre beaucoup de la butée ostéoplastique dans cette affection.

Dans les cas plus avancés, avec déformation accentuée de la tête fémorale et du cotyle, la butée ostéoplastique s'impose moins comme thérapeutique et peut être mise en parallèle avec d'autres interventions : arthroplastie, arthrodèse, etc.

### C. — Avantages de la méthode.

Cependant la butée ostéoplastique présente quelques avantages qui, même à un stade avancé de l'affection, ont leur valeur.

1° C'est d'abord l'habituelle bénignité des suites opératoires. Après être resté trente à quarante-cinq jours dans le plâtre, le malade peut reprendre la marche deux mois après l'intervention.

2° Dans les arthrites bilatérales, l'intervention pourra être pratiquée successivement sur l'une et l'autre hanches. MM. Lance et Rocher ont fait de telles interventions. L'observation VIII en démontre la possibilité.

3° Les résultats fonctionnels bons et parfois excellents ne sont pas rares, et les observations II, III et VI en sont des exemples typiques.

4° Enfin, une telle opération n'engage pas l'avenir de l'articulation. En effet, on pourra toujours réintervenir sur cette hanche et compléter une butée n'ayant pas donné satisfaction par une autre opération : ostéotomie sous-trochantérienne si c'est une déformation qui gêne la fonction, une résection nerveuse si les phénomènes douloureux n'ont pas entièrement disparu, une arthrodèse même si l'on n'obtient aucun résultat de la première intervention. Plus encore, une

butée ostéoplastique peut être un adjuvant indispensable à une arthroplastie faite ultérieurement. M. le Professeur Mathieu, sur 5 malades ayant d'abord été opérés de butée ostéoplastique, a pratiqué une résection arthroplastique de la tête fémorale avec 4 bons résultats, le moignon cervical ayant un solide appui sur le toit néoformé (Padovani).

Cet ensemble d'avantages nous fait pencher vers la solution de la butée, même à un stade avancé de l'arthrite. En tout cas, cette méthode peut entrer en comparaison avec les autres thérapeutiques et ne doit pas être systématiquement rejetée.

## CONCLUSIONS

La butée ostéoplastique dans le traitement de l'arthrite de la hanche subluxée nous semble justifiée :

I. — Par ses indications : surtout arthrite au début sans grosses lésions osseuses chez un sujet capable de supporter le choc opératoire.

II. — Par les résultats statistiques, qui sont comparables à ceux fournis pour les autres méthodes.

III. — Par son action, qui nous semble élective dans les cas où la subluxation est à l'origine de l'arthrite :

*a*) Fixation de la tête empêchant les microtraumatismes, facteurs déclenchant le processus arthritique;

*b*) Rôle trophique de la butée, amenant parfois une grosse amélioration des signes radiologiques d'arthrite et une véritable régression de la maladie.

IV. — Par le fait qu'une telle intervention n'engage pas l'avenir de l'articulation et permet de réintervenir par une autre méthode si les résultats obtenus ne donnent pas satisfaction.

Cet avantage semble même devoir donner à la butée la préférence dans les cas d'arthrite assez évoluée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer

Vu : *Le Doyen*,

*Le Président*,

R. DUPÉRIÉ.

E. LOUBAT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 18 mars 1946.

*Le Recteur de l'Académie*,

A. MARCHAUD.

## BIBLIOGRAPHIE


Bassir Ebad. — Contribution à l'étude de la butée iliaque et ses résultats dans le traitement de la subluxation congénitale de la hanche compliquée d'arthrite chronique chez l'adulte. Thèse Lyon, 1935.

Barcat. — Résultats et indications des butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. Thèse Paris, 1938.

Garnier (Ch.). — Les indications et les principes des butées ostéoplastiques dans les subluxations et luxations congénitales invétérées de la hanche. *La pédiatrie pratique*, n° 18, 25 juin 1932.

Grumilier. — Etude statistique et critique des résultats éloignés des opérations pratiquées sur la hanche. Thèse Nancy, juillet 1939.

Guilleminet. — Insuffisance du toit ostéoplastique dans certains cas de subluxations congénitales invétérées, compliquées d'arthrite douloureuse. Société chirurgicale de Lyon, 11 février 1937.

Imbert (R.) et Poucet (J.). — La névrotomie obturatrice. Technique. Indications. *Sud médical et chirurgical*, 30 novembre 1945, p. 483-486.

Lance (M.). — Malformation subluxante de la hanche. Traité de chirurgie orthopédique. Ombredanne et Mathieu, t. IV.

— Le traitement chirurgical des subluxations congénitales douloureuses de la hanche chez l'adulte. XXXIV[e] Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris, 1925; *Bulletin*, p. 745-750.

Lance (M.). — Indications et résultats des opérations ostéoplastiques pratiquées dans les subluxations et luxations congénitales invétérées de la hanche. *Marseille médical*, II, 13 octobre 1927, p. 508-522.

— Le traitement chirurgical des subluxations congénitales douloureuses de l'adulte. *Gazette des hôpitaux*, 14 et 21 septembre 1932.

Lance (P.). — Subluxation congénitale de la hanche. Encyclopédie médico-chirurgicale.

Lasserre (Ch.). — Les butées ostéoplastiques de la hanche. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1930, p. 146.

Leveuf (J.). — Traitement des subluxations congénitales de la hanche. Académie de chirurgie, séance du 10 mai 1944, p. 194.

Mathey (J.). — Arthrite chronique déformante. Encyclopédie médico-chirurgicale.

Mathieu (P.). — Arthrite déformante de la hanche. Traité de chirurgie orthopédique. Ombrédanne et Mathieu, t. IV.

Padovani (P.). — Le traitement des subluxations congénitales de la hanche chez l'adulte. *Sud médical et chirurgical*, 30 novembre 1945, p. 477-479.

Page (M.). — Late results of operative treatment of osteoarthritis of hip joint. *The Lancet*, n° 1, p. 1313-1320, 8 juin 1935.

Rocher (H.-L.) et Mailhe (R.). — Sur 19 cas de luxations et subluxations congénitales invétérées de la hanche traitées par la méthode des butées extra-articulaires. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 11 août 1929.

Samsoen. — Etude des résultats éloignés du traitement des luxations et subluxations congénitales de la hanche par la méthode des butées ostéoplastiques. Thèse Lille, janvier 1935.

Tavernier (L.). — Indications des butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. *Presse médicale*, n° 15, p. 235, 5 août 1944.

Tavernier (L.). — Subluxation congénitale de la hanche devenue douloureuse et guérie par section du nerf du carré crural. *Presse médicale*, n° 15, 5 août 1944.

— Subluxation de la hanche devenue douloureuse, non améliorée par la réfection du toit, ni par une section du nerf obturateur, ni par une arthroplastie, guérie par section du nerf du carré crural. Société de chirurgie de Lyon, février 1944.

Tavernier (L.) et Godinot (Ch.). — Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche, 1945.

Trèves (A.) et Vidal-Naquet (G.). — A propos du traitement chirurgical de l'arthrite chronique déformante de la hanche. *Progrès médical*, p. 1401-1407, 15 juin 1935.

Trillat (A.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des subluxations et luxations congénitales de la hanche par les butées ostéoplastiques. Thèse Lyon, 1937.

Dépôt légal effectué en 1946 (1er trimestre).

23842. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1946.